

## University of Groningen

### Participatie in de zorg voor jeugd

Metselaar, Janneke; Knorth, Erik J.; van Yperen, Tom A.; van den Bergh, Peter M.; Horstman, Judith

*Published in:*  
De participatiesamenleving

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Metselaar, J., Knorth, E. J., van Yperen, T. A., van den Bergh, P. M., & Horstman, J. (2016). Participatie in de zorg voor jeugd: Werkzame factoren voor de praktijk van de professional. In G. G. Anthonio, & H. Blom (editors), *De participatiesamenleving: Een positief-kritische beschouwing vanuit een meervoudig perspectief* (blz. 25-45). [2] Leeuwarden: Stenden Publishers, Leeuwarden, the Netherlands.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



## II. PARTICIPATIE IN DE ZORG VOOR JEUGD

*Werkzame factoren voor de praktijk van de professional*

---

Dr. J. (Janneke) Metselaar, Dr. E. (Erik) J. Knorth, Dr. T. (Tom)  
A. van Yperen, Dr. P. (Peter) M. van den Bergh, Drs. J. (Judith)  
Horstman

### **Keywords:**

*participatie, jeugdhulp, hulpverlenend handelen*

---

### **Summary**

In this contribution we describe the importance of client participation in the care process (including decision making) of child and youth care. We used studies of child and youth care for children and their families which included the characteristics of participation, and related them to outcome measures. Higher levels of participation were associated with positive changes in child behaviors and parenting stress, client satisfaction, higher completion rates, safety for children, feelings of well-being and empowerment, and better service coordination. Significant professional attitudes and skills include listening to clients and working in active partnership with them.



## 1. Inleiding

Participatie van jeugdigen<sup>3</sup> en hun opvoeders die gebruik maken van jeugdhulp is van groot belang. Jeugdigen en hun opvoeders (cliënten) vinden participatie in de wijze waarop de hulp vorm en inhoud krijgt belangrijk. In antwoord op de vraag: Hoe willen zij het? beschrijft Van Beek (2004) de criteria die cliënten van belang achten en zelf naar voren brengen. Het betreft criteria die betrekking hebben op 'geïnformeerd worden' om een keuze te kunnen maken uit beschikbare hulpverlening, criteria die de samenhang van de zorg met de dagelijkse omgeving benadrukken, maar ook de samenhang in de hulpverleningstrajecten zelf. Daarnaast gaat het om criteria die te maken hebben met de wens van cliënten om zelf te kunnen besluiten welke zorg, om welke reden, met wie, en wanneer plaats vindt (Van Beek, 2004). Deze criteria geven concreet invulling aan het concept 'participatie' en lijken een hoge mate van actief deelnemen van de cliënt te impliceren. Maar wat is eigenlijk een hoge (of minder hoge) mate van participatie?

Het concept 'participatie' in de context van jeugdzorg is door Thoburn, Lewis en Shemmings (1995) heel bruikbaar geoperationaliseerd in een zogenoemde 'participatieladder' (van origine opgesteld door Arnstein (1969), benut door Hart (1992), en op de jeugdzorg toegesneden door Thoburn e.a. (1995)). In de participatieladder zijn negen niveaus van participatie opgenomen die lopen van het laagste niveau 'gemanipuleerd' tot het hoogste niveau 'geheel bepalend in besluitvorming' (zie ook: Knorth, Van den Bergh, & Verheij, 2002):

9. geheel bepalend in besluitvorming
8. sterk bepalend in besluitvorming
7. partner in besluitvorming
6. participierend in besluitvorming
5. betrokken bij besluitvorming
4. geraadpleegd bij besluitvorming
3. volledig geïnformeerd over besluitvorming
2. onvolledig geïnformeerd over besluitvorming
1. gemanipuleerd

Figuur 1 Participatieladder (Thoburn e.a., 1995)

3 Onder jeugdigen worden kinderen en jongeren verstaan in de leeftijd van 0 tot 23 jaar.

Shier (2001) beschouwt het eerste niveau (manipulatie) en het tweede niveau (onvolledig geïnformeerd worden) als non-participatie. Als er geluisterd wordt naar de cliënt – dit is aan de orde op niveau drie en vier – wordt er pas aan een minimale vorm van participatie voldaan. Het opeenvolgende karakter van de ladder impliceert dat een lagere trede telkens als voorwaarde geldt voor de overige niveaus van participatie.

De participatieladder beschrijft verschillende niveaus. Toch is het niet de bedoeling de ladder zo te interpreteren dat de hogere niveaus altijd superieur zijn aan de lagere (Hart, 2008). Volledige participatie en verantwoordelijkheden zijn niet altijd noodzakelijk voor elke taak of ieder traject (Head, 2011; Shier, 2001). Het is van belang om met cliënten in de jeugdhulp te bespreken, dat de mogelijkheid bestaat om op deze hogere niveaus te participeren. De gedachte achter de ladder is het *potentieel* van cliënten maximaal te erkennen en hen in de gelegenheid te stellen om te participeren op een zo hoog mogelijk niveau (Hart, 2008). Dit impliceert dat de mate van participatie per cliënt kan variëren.

Na deze omschrijving van participatie aan de hand van de participatieladder komen we bij onze hoofdvragen. Dit zijn twee vragen:

- 1) Wat is de relatie tussen participatie van jeugdigen en hun opvoeders en de uitkomsten (resultaten) van de jeugdhulp?
- 2) Hoe kunnen professionals daar in hun houding en handelen in positieve zin aan bijdragen?

In het licht van recente beleidsontwikkelingen (Ministerie van VWS e.a., 2014) wordt in de jeugdhulp een sterker accent gelegd op het 'eigen oplossend vermogen' en de 'eigen regie' van jeugdigen en gezinnen (zie bijvoorbeeld het Friese Uitvoeringsprogramma Omvormingsplan Zorg voor Jeugd, 2015). Uiteindelijk doel hierbij is dat alle jeugdigen gezond en veilig moeten kunnen opgroeien, hun talenten kunnen ontwikkelen en naar vermogen kunnen participeren in de samenleving (Kamerstukken II 2012/13). De verwachting is dat meer kennis van de relatie tussen participatie van cliënten en resultaten van de zorg bijdraagt aan de onderbouwing van dergelijk beleid.

In dit artikel wordt op basis van een literatuurverkenning ingegaan op het begrip 'participatie' in de zorg voor jeugd als onderdeel van een vraaggerichte hulpverleningswerkwijze (Metselaar, 2011; Metselaar, Van Yperen, Van den Bergh, & Knorth, 2015). Specifiek met betrekking tot participatie van jeugdigen is het niet zozeer de vraag of jeugdigen en hun opvoeders zouden moeten participeren in besluitvorming



bij processen die van invloed zijn op hun leven; de vraag is *hoe* ze zo effectief mogelijk *kunnen* participeren (zie ook Gal & Duramy, 2015). Conform het idee van de participatieladder is participatie daarmee een variabel begrip. De dialoog tussen de cliënt en de professional speelt daarin een belangrijke rol. Op basis van onderzoek waarin de werkzaamheid van vormen van participatie onderzocht is, bespreken we in deze bijdrage aspecten die in praktische zin voor professionals in de jeugdhulp van belang zijn bij het bevorderen van participatie.

## 2. Participatie als werkzame factor van zorg

Er is sprake van een samenhang tussen de mate van participatie van cliënten en de uitkomsten of resultaten van zorg. Als cliënten actief betrokken zijn bij de besluitvorming en zij de behandeling van hun voorkeur krijgen, dan zijn de uitkomsten beter dan wanneer dit niet het geval is (Swift & Callahan, 2009; zie ook Bartelink & Kooijman, 2014). Veranderingen houden langer stand bij cliënten die deze veranderingen aan hun eigen inspanningen toeschrijven (Lambert & Bergin, 1994; zie ook Asay & Lambert, 1999). Kazdin, Siegel en Bass (1990) zochten naar factoren die van invloed zijn op therapeutische verandering en resultaten van behandeling. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat ouder- en gezinskenmerken, en in het bijzonder het meewerken van ouders en de betrokkenheid van ouders in de behandeling, gerelateerd zijn aan de resultaten van de behandeling. Volgens Orlinsky, Grave en Parks (1994) is de kwaliteit van de participatie van de cliënt in de behandeling zelfs de meest belangrijke determinant van de uitkomsten van de hulpverlening.

In relatie tot effectiviteit van hulpverlening wordt onderscheid gemaakt tussen algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken (Van Yperen & Van der Steege, 2010). Beide typen factoren doen er toe (Van Yperen, 2010). Participatie van de cliënt maakt onderdeel uit van de algemeen werkzame factoren van behandeling (Asay & Lambert, 1999) en wordt beschouwd als een belangrijke variabele die van invloed is op de uitkomsten van de hulpverlening (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001).

## 3. Werkzaamheid van participatie in de betekenis van betrokkenheid

Een operationalisatie van participatie op het niveau van betrokkenheid van cliënten is: aanwezigheid tijdens de behandeling en, vooral, actieve deelname aan de behandeling. Over de impact van deze betrokkenheid zijn enkele studies verschenen.

Onderzoek in de residentiële zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking liet zien dat er sprake is van frequenter bezoek door gezinsleden wanneer instellingen meer kansen bieden aan cliënten om betrokken te raken bij de behandeling en de activiteiten in de instelling (Baker & Blacher, 1993). Wanneer gezinsleden in hoge mate betrokken blijven, o.a. door meer bezoek van de jeugdige thuis, bezoek van het gezin aan de instelling, frequent telefonisch contact, raken jeugdigen op termijn niet onthecht (Blacher & Baker, 1994).

Ouderlijke betrokkenheid in residentiële zorg kan breder gedefinieerd worden dan alleen contact met ouders. Zaken als het ouderlijk gezag (blijven) uitoefenen, schriftelijk toestemming geven voor behandeling, voorzien in zakgeld, of het jeugdige ophalen en terugbrengen in het weekend en bij vakanties kunnen er ook deel van uit maken. Bij een hoge mate van ouderlijke betrokkenheid neemt de kans toe dat het jeugdige, bij ontslag uit de instelling, naar huis teruggaat (Tam & Ho, 1996).

Betrokkenheid wordt binnen een jeugdpsychiatrische setting ook geoperationaliseerd – aan de kant van het jeugdige – als de bereidheid tot positieve interactie met hulpverleners, en – aan de kant van de ouders – als de frequentie waarmee de ouders de unit bezoeken en deelnemen aan gezins- en behandelsessies, de openheid van ouders om gezinsproblemen met de professionals van de unit te bespreken, en de mate van (niet-) vijandigheid naar de professionals (Brinkmeyer e.a., 2004). Uitkomsten van het onderzoek van Brinkmeyer e.a. (2004) suggereren dat dit type betrokkenheid van ouders (gescoord door de professionals), positief gerelateerd is aan de tevredenheid van ouders met de geboden zorg. In deze studie wordt tevens naar voren gebracht dat ‘motiverende gespreksvoering’ als procesvariabele van invloed kan zijn op betrokkenheid en tevredenheid van ouders.

Er zijn aanwijzingen dat positieve veranderingen in het gedrag van het jeugdige gerelateerd zijn aan de betrokkenheid van ouders in gezinsinterventies (Reid, Webster-Stratton, & Baydar, 2004; Wood e.a., 2006). Betrokkenheid betreft dan bijvoorbeeld het aantal trainingssessies waar ouders aan deel nemen, het aantal keren dat huiswerk wordt gemaakt, en een score door de programmaleider van de betrokkenheid van de moeder in groepsdiscussies (Reid e.a., 2004).

Er is overigens ook onderzoek waarin de relatie tussen vooruitgang van het jeugdige en betrokkenheid van ouders bij de behandeling niet wordt bevestigd. Dickerson Mayes e.a. (2001) deden een onderzoek naar jeugdigen die opgenomen waren in psychiatri-



sche zorg. Hoewel het psychologisch functioneren van de jeugdigen significant verbeterde, bleek de betrokkenheid van ouders gedurende de opname niet significant gerelateerd te zijn aan de vooruitgang die geboekt werd tijdens de behandeling en bij de follow-up. Betrokkenheid werd uitgedrukt in het percentage dagen tijdens de opname dat één of meer primaire verzorgers aanwezig was of waren. Uit een studie van Bagner en Eyberg (2003) kwam naar voren dat de mate van aanwezigheid van vaders in Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) behandeling niet gerelateerd bleek te zijn aan de resultaten van de behandeling.

Overall blijkt participatie in termen van betrokkenheid, relatief laag op de ladder van participatie, positief verband te houden met uitkomsten van hulpverlening in termen van verminderde kans op onthechting, grotere kans op terugkeer naar huis, meer tevredenheid en positieve veranderingen in het gedrag van het jeugdige.

#### 4. Werkzaamheid van participatie hoger op de ladder

In meerdere studies is de werkzaamheid van participatie op een hoger niveau van de participatieladder onderzocht. Intensieve samenwerking met cliënten bij behandelplanning in gezinnen waarbij uithuisplaatsing van een jeugdige dreigt, voorspelt bijvoorbeeld betere naleving van de behandeling; minder samenwerking (o.a. ouders minder betrekken in de behandelplanning) hangt samen met nieuwe meldingen van mishandeling (Littell, 2001).

##### *Gezinnen als partners*

Er zijn voorbeelden van onderzoek naar interventies waarin gezinnen als *partners in de behandeling* worden beschouwd. Landsman, Groza, Tyler en Malone (2001) doen bijvoorbeeld verslag van een studie met betrekking tot het REPARE model, een innovatief demonstratieproject voor gezinsgerichte residentiële behandeling. De empowerment van het gezin wordt vergroot door het plannen van afspraken op momenten dat dit het gezin uitkomt, door het gezin te beschouwen als een teamlid, door het vergroten van de aanwezigheid van het gezin in de residentiële unit en door praktische ondersteuning. In een quasi-experimentele studie bleek het REPARE model succesvoller te zijn dan de 'traditionele' residentiële hulpverlening in het realiseren van stabiele uitkomsten voor jeugdigen op lange termijn. Het programma representeerde het onderliggende model heel adequaat (goede behandelintegriteit), in het bijzonder door het vergroten van het gezinscontact en het verkorten van de verblijfsduur (Landsman e.a., 2001).

Participatie van gezinnen met jeugdigen die te kampen hebben met emotionele en gedragsstoornissen in oudersupport-groepen, heeft een positief effect op de empowerment van gezinnen (Singh & Curtis, 1997). Volgens Singh en Curtis zou het daarom een prioriteit van professionals moeten zijn om cliënten deel te laten nemen aan oudersupport-groepen. Het onderzoek concentreerde zich op veranderingsgezindheid, kennis, competentie en zelf-oplossend vermogen van het gezinssysteem en toonde dat moeders een hogere mate van empowerment bereikten dan vaders (Singh & Curtis, 1997).

#### *Professionele samenwerking als voorwaarde*

Samenwerking tussen instellingen en professionals wordt gezien als één van de primaire middelen om te voorzien in alle behoeften van een hulpvragend jeugdige en zijn/haar ouders. Koren en Paulson (1997) benadrukken in dit licht het belang van coördinatie van hulpverlening. Betrokkenheid van gezinnen in de planning van gecoördineerde voorzieningen en in het tussentijds toetsen van de samenwerking is eveneens van belang. De veronderstelling is dat gezinsleden die een sterke, actieve rol spelen in de gesprekken over de planning van de hulpverlening, tevens het belang van coördinatie tussen hulpverleners benadrukken, wat vervolgens leidt tot verbeterde coördinatie (Koren & Paulson, 1997). In het onderzoek van Koren en Paulson (1997) bleek dat goede zorgcoördinatie een sterkere relatie met overal tevredenheid bij ouders te zien gaf dan betrokkenheid van het gezin en tevredenheid met aparte zorgonderdelen. Het is daarom van belang om niet alleen separate onderdelen van de zorg in beschouwing te nemen, maar ook na te gaan hoe goed de onderdelen gecoördineerd zijn.

#### *Ervaren belemmeringen in participatie*

Een manier van onderzoeken van de mate van gewenste/mogelijke participatie is het bevragen van cliënten t.a.v. *ervaren belemmeringen* in participatie. Voorbeelden van belemmeringen zijn stressfactoren en obstakels die te maken hebben met het komen naar de behandeling, de beleving dat behandeling niet relevant is en een minder goede relatie van de ouder met de therapeut.

Ervaren barrières voor participatie in behandeling blijken significant gerelateerd aan voortijdige uitval (Kazdin, Holland, Crowley, & Breton 1997). Daarnaast blijkt dat het in hogere mate ervaren van belemmeringen samengaat met minder therapeutische verandering. Bij jeugdigen bij wie therapeutische verandering naar verwachting moeilijker is te bereiken (lage SES, ouderlijke stress, disfunctioneren van jeugdigen), blijkt dat de feitelijke ervaring van weinig barrières als een protectieve factor fungeert t.a.v. voortijdige uitval (Kazdin & Wassell, 1999; Kazdin & Wassell, 2000). Het ervaren van



barrières voor behandelparticipatie kan gedurende de behandeling overigens variëren. Volgens Nock en Kazdin (2005) kan het bevorderen van participatie daarom een positieve invloed hebben op de duurzame aanwezigheid en deelname aan de behandeling. De ervaring van ouders dat er een beroep op hen gedaan wordt gedurende de behandeling, draagt bij aan positieve veranderingen bij de jeugdige (Kazdin & Wassell, 2000).

Het ontbreken van open communicatie (o.a. over het leerplan en de behandelplanning) en het ontbreken van kansen en aanmoedigingen om te participeren in de behandeling van de jeugdige, werden in het onderzoek van Kruzich e.a. (2003) vaak genoemd als barrières om te participeren. Andere vaak ervaren hinderpalen waren het gebrek aan communicatie tussen professionals in verschillende hulpverleningsprogramma's en de geografische afstand tot de zorgverlenende instantie. Als participatiebevorderende factoren kwamen naar voren het benaderen van ouders bij problemen of zorgen omtrent de jeugdige en het aanstellen van een contactpersoon. De participatiebevorderende factoren blijken positief gerelateerd aan tevredenheid van ouders (Kruzich e.a., 2003).

Niet alleen ervaren barrières maar ook voorafgaand aan mogelijke hulpverlening bestaande *verwachtingen* m.b.t. barrières spelen een rol. Onderzoek met een hierop toegesneden versie van de Barriers-to-Treatment-Participation schaal (Nanninga et al., 2015a) laat zien dat de relevantie van een mogelijke behandeling ("Heb ik er wat aan?") bij veel ouders en jongeren vragen oproept c.q. een barrière kan vormen voor het initiëren van hulpverlening. Verwachtingen zijn het meest 'kritisch' onder alleenstaande moeders, ouders met weinig of geen opleiding, en adolescente jongens (Nanninga et al., 2015b).

Het bevorderen van een hoge mate van participatie, ook in de planning van hulp, leidt tot positieve veranderingen bij de jeugdige en meer tevredenheid bij ouders. Gezinnen die als partners beschouwd worden en een actieve rol in de hulpverleningsplanning vervullen, realiseren meer stabiele uitkomsten en worden in hogere mate versterkt (empowerment). Belemmeringen in participatie hebben een nadelige uitwerking op de uitkomsten van de hulp in termen van voortijdige uitval en minder therapeutische verandering.

## 5. Bevordering van participatie: niet vanzelfsprekend

In hiervoor besproken onderzoek wordt het belang van cliëntenparticipatie benadrukt. Het mag echter niet als vanzelfsprekend beschouwd worden dat participatie ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt in de dagelijkse praktijk van de jeugdhulp.

In onderzoek van Robinson e.a. (2005) wordt als indicator voor gezinsparticipatie gefocust op de hoeveelheid contact tussen ouder en de jeugdige, met inbegrip van de beperkingen om dergelijk contact te hebben. Bijna 60% van de ouders rapporteert dat het contact met hun jeugdige beperkt was in de initiële fase volgend op de opname van de jeugdige in de instelling. De verklaring voor deze restrictie die door de professionals van de instelling gegeven werd, was enerzijds dat 'de jeugdige tijd nodig had om zich aan te passen' of 'te settelen', en anderzijds dat bezoek of andere vormen van contact beschouwd werden als een privilege dat verdiend diende te worden. Soms waren restricties het gevolg van het gedrag van leeftijdgenoten in de woon- of behandelunit. Robinson e.a. (2005) trekken de conclusie dat veel instellingen het contact tussen jeugdigen en hun ouders beperken, ongeacht de leeftijd en de setting van de jeugdigen, ondanks het belang van het actief in stand houden van de gehechtheid van jeugdigen aan hun ouders, en ondanks het belang van het minimaliseren van stress en trauma door scheiding van jeugdigen van hun ouders.

Ook Molin en Palmer (2005) signaleren in pleegzorg en residentiële zorg het gevaar dat (pleeg)ouders over het hoofd gezien worden en uitgesloten worden van betrokkenheid bij de hulpverlening. Het gevoel uitgesloten te worden, kan een sterk negatief effect hebben op het behandelingsproces (Molin, 1988). Het minimaliseren van participatie door ouders uit te sluiten kan het verantwoordelijkheidsgevoel van ouders voor hun jeugdigen en het gevoel dat ze belangrijk zijn voor hun jeugdigen ondermijnen (Molin & Palmer, 2005).

Naar aanleiding van onderzoek in Engeland naar de implementatie van het principe dat zorgverleners samenwerken met ouders (UK Children Act 2004) concluderen Sinclair en Grimshaw (1997) dat ouders vaak slecht geïnformeerd worden door sociale instanties, dat vaders weinig betrokken zijn, en dat ouders niet actief betrokken worden in besluitvorming (zie ook Van Beek, 2002).

Dat het bevorderen van participatie niet vanzelfsprekend is, blijkt ook uit recent onderzoek naar gebruik van zorg voor jeugd in de regio Groningen (Jager e.a., 2014). Hierin is in kaart gebracht wat het toegekende belang en de feitelijke ervaringen van jongeren zijn wat betreft communicatie in de zorg. Communicatie betreft in deze: affectieve communicatie, informatievoorziening en gezamenlijke besluitvorming. Onderzocht werd of er sprake is van discrepanties tussen wat jongeren verwachten en ervaren, en of mogelijke discrepanties wellicht samenhangen met participatie (aanwezigheid en therapietrouw van de cliënt) en leerprocessen (begrip en toegenomen vertrouwen) van



cliënten die gebruik maken van psychosociale zorg. Uit het onderzoek blijkt dat er in veel gevallen discrepanties bestaan tussen wat cliënten verwachten en daadwerkelijk ervaren in de communicatie met hun hulpverleners. Deze discrepanties hebben een negatief effect op de participatie en leerprocessen van adolescenten die een beroep op de jeugdzorg doen (Jager e.a., 2014). Professionals zouden bijvoorbeeld aandacht moeten besteden aan de communicatievoorkeuren van hun cliënten en hun communicatiestijl zo nodig moeten aanpassen.

Al met al blijkt het daadwerkelijk realiseren van participatie een opgave te zijn in de dagelijkse praktijk. Het stimuleren van contact tussen jeugdigen en hun ouders in geval van residentiële zorg en het voorkomen van uitsluiting van (pleeg)ouders in de behandeling vinden niet vanzelf plaats. Het voldoende informeren en actief betrekken in de besluitvorming, maar ook het afstemmen van de communicatie op de communicatiebehoefte van jeugdigen en ouders, verdienen aandacht in de hulpverlening. Deze uitkomsten zijn zodoende van betekenis voor het handelen van professionals.

## **6. Participatiebevorderend handelen van professionals**

Dunst, Boyd, Trivette en Hamby (2002) bestudeerden in verschillende soorten hulpverleningsprogramma's de mate waarin hulpverleningsactiviteiten gerelateerd zijn aan participatie. Deelnemers aan de programma's beoordeelden het gedrag van hulpverleners wat betreft participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en relationele hulpverleningsactiviteiten. De participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten betreffen bijvoorbeeld goed informeren, oplossingsgericht en competentiegericht werken. Maar het behelst ook het vragen van toestemming aan cliënten alvorens informatie te delen en de cliënt stimuleren zelf beslissingen te nemen. Dergelijke activiteiten vergroten de participatie van cliënten.

Op basis van de uitkomsten van hun studie waren Dunst e.a. in staat om een onderscheid te maken in vier typen programma's, namelijk professionalgerichte, gezinsverwante, gezinsgerichte en gezinsgecentreerde programma's (hoewel programma's in deze laatste categorie weinig voorkwamen). Professionalgerichte programma's scoorden laag in het toepassen van relationele hulpverleningsactiviteiten en participatiebevorderend hulpverlenend handelen; hulpverleners in gezinsverwante programma's gebruikten relationele hulpverleningsactiviteiten vaker dan participatiebevorderende activiteiten; hulpverleners in gezinsgerichte programma's werden positief beoordeeld op het toepassen van beide soorten activiteiten (Dunst e.a., 2002). In het tweede deel van hun studie werd duidelijk dat ouders die deelnamen aan gezinsgerichte programma's vaker

aangaven dat professionals hulpverleningsactiviteiten toepassen die actieve participatie van ouders (bij het mobiliseren van hulpbronnen en steun) bevorderen. Dit is gerelateerd aan verbeterd functioneren van de ouders en van het gezin als geheel.

De participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en niet de relationele activiteiten waren zodoende gerelateerd aan de typering van de programma's. Daarnaast konden positieve uitkomsten toegeschreven worden aan de participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten. Dunst e.a. (2002) benadrukken daarom het belang van participatie bevorderende hulpverleningsactiviteiten en waarschuwen ervoor om niet teveel voordelen toe te schrijven aan goede relationele hulpverleningsactiviteiten (Dunst e.a., 2002).

#### *Positieve bijdrage door professionals*

Vanwege het belang van participatiebevorderende hulpverleningsactiviteiten en vanwege het feit dat het niet vanzelfsprekend is dat participatie van cliënten goed uit de verf komt, is het de moeite waard om na te gaan wat hulpverleners concreet ter beschikking staat om participatie van cliënten te bevorderen.

In een kwalitatieve studie van Anglin (2002) naar residentiële zorg komen zogeheten *interactieprincipes* tussen professionals en cliënten en tussen professionals onderling naar voren. In een vergelijkende analyse van interacties in de alledaagse omgang tussen jeugdigen en professionals in residentiële zorgcentra vond Anglin elf interactieprincipes. De interactieprincipes blijken van invloed te zijn op de kwaliteit en effectiviteit van het werk en kunnen beschouwd worden als de sleutelingrediënten voor de samenwerking tussen betrokkenen (Anglin, 2002; Knorth, 2003).

- a) luisteren en respectvol reageren;
- b) communiceren van basisfilosofie en methodieken van waaruit wordt gewerkt;
- c) opbouwen van goede (werk)relatie;
- d) verduidelijken van geldende structuur, routines en verwachtingen;
- e) stimuleren en tonen van positieve betrokkenheid;
- f) bieden van steun bij (emotionele) ontwikkeling;
- g) stimuleren/uitdagen van doen en denken;
- h) delen van macht, samen beslissen;
- i) respecteren van behoefte aan persoonlijke ruimte (fysiek, in tijd);
- j) ontdekken en expliciteren van iemands mogelijkheden;
- k) beschikbaar stellen/maken van benodigde hulpmiddelen ('resources').



Het 'luisteren en respectvol reageren' (a) vormt een conditio sine qua non in de zorg (zie ook Ten Brummelaar et al., 2014). De principes 'stimuleren en tonen van positieve betrokkenheid' (e), 'stimuleren/uitdagen van doen en denken' (g), en 'ontdekken en expliciteren van iemands mogelijkheden' (j) zijn verwant aan de middelste niveaus van de participatieladder van Thoburn e.a. (1995). Het principe 'delen van macht, samen beslissen' (h) 'matcht' met de hogere niveaus van de participatieladder. Deze interactieprincipes staan zodoende in relatie tot participatie van cliënten in de zorg en vormen concrete aspecten waar professionals in het contact met cliënten en collega's aandacht voor zouden moeten hebben.

Een andere concrete uitwerking is het *delen van de verantwoordelijkheid* voor het zorgproces door de professional en de cliënt, die als gelijkwaardige partners samenwerken (zie ook Janssens, 2003). Shier (2001) beschouwt gedeelde verantwoordelijkheid voor besluitvorming als een implicatie van een hoge mate van participatie. Het delen van macht vergt expliciet de betrokkenheid van cliënten. Met het uitgangspunt van gedeelde verantwoordelijkheid en de inbreng van eigen expertise, wordt recht gedaan aan de levenservaringen van cliënten, hun intuïtie, betrokkenheid en motivatie (Doğan e.a., 2000)

Ouders en jeugdigen kunnen de professional met wie ze in gesprek zijn, informeren over hun ervaringen, waarden, voorkeuren, levensstijl, leerstijl en kennis over de problemen en mogelijke behandeling. Dit helpt om zorgvuldig af te wegen welke behandeling het beste past bij de specifieke situatie van ouders en jeugdigen. Zo kan er een balans in de besluitvorming ontstaan. Het vraagt van de professional een attitude van nieuwsgierig zijn en opstaan voor wat ouders en jeugdigen te zeggen hebben en dat op waarde schatten. Het gaat daarbij ook om vraagtechnieken die helpen om een dialoog aan te gaan (Bartelink & Kooijman, 2014). Voor het beslissen in dialoog (shared decision-making) hebben Joosten et al. (2008) acht stappen beschreven. Een belangrijk onderdeel daarvan is de stap dat de professional aan ouders en jeugdige vraagt hoe zij tegen de verschillende mogelijkheden aankijken, welke voorkeur zij hebben.

Aan de eerder aangehaalde studies naar de werkzaamheid van participatie kunnen concrete aspecten ontleend worden, die input geven aan het hulpverlenend handelen van professionals in de jeugdhulp. Vertrekkend vanuit de interactieprincipes van Anglin (2008) gaat het op basis van het voorgaande concreet om:

- luisteren en respectvol reageren;
- goed informeren;
- stimuleren en tonen van positieve betrokkenheid;
- stimuleren/uitdagen van doen en denken;
- delen van macht, samen beslissen;
- ontdekken en expliciteren van iemands mogelijkheden;
- toestemming vragen aan cliënten alvorens informatie te delen;
- cliënten stimuleren zelf beslissingen te nemen;
- cliënten kansen aanbieden en aanmoedigen om actief betrokken te raken bij de hulp;
- open communiceren;
- communicatievoorkeuren van cliënten bespreken en de eigen communicatiestijl daarop afstemmen;
- coördineren van de hulpverlening en cliënten actief betrekken in de planning.

Hulpmiddelen voor professionals in de dialoog met cliënten zijn motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en het betrekken van het sociaal netwerk bijvoorbeeld door een Eigen Krachtconferentie of familienetwerkberaad (Bartelink, 2011). Het doorlopend actief bevragen van cliënten over welke belemmeringen zij ervaren in het participeren in de zorg, vormt een aanknopingspunt voor participatiebevorderend hulpverlenend handelen. Het wegnemen van (praktische) belemmeringen is dan een gezamenlijke volgende stap.

Naast Eigen Krachtconferentie of familienetwerkberaad is de methode van Signs of Safety, gebaseerd op (kortdurende) oplossingsgerichte therapie, een mooi voorbeeld van een werkwijze waarin de participatie van jeugdigen en hun opvoeders centraal staat (Bartelink, 2010). In Signs of Safety wordt actief een samenwerkingsrelatie opgebouwd met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling.

Specifiek in de behandeling en begeleiding van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking hanteert Reik, expertise- en behandelcentrum in het Noorden van Nederland, een positieve benadering die uitgaat van de krachten van mensen. Hierin staat participatie centraal om te voorkomen dat deze doelgroep risicovol gedrag vertoont en gebrekkig deelneemt aan de maatschappij.



## 7. Tot besluit

Participatie maakt onderdeel uit van actueel beleid in de jeugdhulp en is onderwerp van onderzoek. In antwoord op de eerste vraag wat de relatie is tussen participatie van jeugdigen en hun opvoeders en de uitkomsten van jeugdhulp zijn, komen we op basis van deze literatuurstudie naar onderzoek in de jeugdhulp praktijk tot de conclusie dat participatie positief gerelateerd is aan de resultaten. Deze resultaten betreffen onder andere verminderde kans op onthechting, grotere kans op terugkeer naar huis, meer tevredenheid en positieve veranderingen in het gedrag van het jeugdige. Gezinnen die als partners beschouwd worden en een actieve rol in de hulpverleningsplanning vervullen, realiseren meer stabiele uitkomsten en worden in hogere mate versterkt.

Participatie in de zorg voor jeugdigen en hun opvoeders vergroot het resultaat van de jeugdhulp. We kunnen echter ook vaststellen dat participatie in het domein van de zorg voor jeugdigen en hun opvoeders genuanceerd ligt. Verschillende niveaus in participatie zijn te onderkennen, maar volledige participatie en gedeelde verantwoordelijkheid zijn afhankelijk van de situatie. Cliënten hechten belang aan participatie en spreken zich uit voor kwaliteitscriteria voor aspecten van participatie. Maar participatie is niet vanzelfsprekend. Betrokkenheid van ouders bij de behandeling van hun jeugdige wordt niet altijd door professionals actief bevorderd. Participatie verdient zodoende meer aandacht en inzet van professionals.

De tweede vraag die we onderzocht hebben, betreft de vraag naar hoe professionals in hun houding en handelen in positieve zin kunnen bijdragen aan participatie. Daar zijn duidelijke aanknopingspunten voor. Professionals kunnen bijvoorbeeld actief belemmeringen bespreken die cliënten in het participeren ervaren en zij kunnen zich samen inspannen om deze weg te nemen. Het is bij participatiebevorderend hulpverlenend handelen onder andere van belang om jeugdigen en ouders minimaal goed te informeren en om daar waar mogelijk de cliënt zelf beslissingen te laten nemen. Ook met het actief inspelen op de communicatievoorkeuren van cliënten kan een beter hulpverleningsresultaat geboekt worden. Hulpmiddelen in de dialoog met cliënten zijn motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en het betrekken van het sociaal netwerk.

Als met de beoogde inspanningen de participatie van jeugdigen en ouders in de jeugdhulp vergroot wordt, is de verwachting dat positieve resultaten geboekt worden en het uiteindelijke doel in de zorg voor jeugd daadwerkelijk dichterbij komt: dat alle jeugdigen gezond en veilig opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving.

## Over de auteurs

Dr. Janneke Metselaar is sinds maart 2015 lector Zorg voor Jeugd aan de NHL Hogeschool. Vanaf 2008 was zij als docent en onderzoeker verbonden aan de Afdeling Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen en vanuit die functie verbonden aan Elker Jeugd- en Opvoedhulp in Groningen. Het lectoraat Zorg voor Jeugd richt zich op evidence based werken en praktijkgestuurd effectonderzoek in de zorg voor jeugd.

Em. Prof. dr. Erik J. Knorth was gewoon hoogleraar Orthopedagogiek, in het bijzonder Jeugdzorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Tot medio 2015 was hij projectleider, nu adviseur van de Academische Werkplaats voor Jeugd Noord-Nederland: C4Youth. Zijn onderzoek richt zich op het achterhalen van factoren in de hulpverlening aan jeugdigen met ernstige gedrags- en opvoedingproblemen die verantwoordelijk zijn voor (minder) goede resultaten.

Prof. dr. Tom A. van Yperen, is expert bij het Nederlands Jeugdinstituut en bijzonder hoogleraar 'Monitoring en innovatie zorg voor jeugd' bij de basiseenheid Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen. Zijn werk is vooral gericht op de kwaliteitsverbetering van de hulp- en dienstverlening voor jeugdigen en hun opvoeders.

Dr. Peter M. van den Bergh. Vóór zijn pensionering was hij werkzaam als docent onderzoeker bij de afdeling Orthopedagogiek Universiteit Leiden. Zijn expertise ligt op het gebied van de jeugdzorg, met name de pleegzorg.

Drs. Judith J.M. Horstman studeerde Orthopedagogiek aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Na jarenlange ervaring in verschillende functies in de jeugdzorg is zij sinds 2008 werkzaam als onderzoeker/adviseur bij stichting Pionn, een organisatie voor praktijkgestuurd onderzoek in de jeugdketen, en vanuit die functie verbonden aan het lectoraat Zorg voor Jeugd aan de NHL.

---

## Literatuur:

Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality, and the struggle for congruence: Reinterpreting residential care for children and youth*. Binghamton, NY: The Haworth Press.

Arnstein, S. (1969). Eight rungs on the ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 23-55). Washington: American Psychological Association.
- Bagner, D. M., & Eyberg, S. M. (2003). Father involvement in parent training: When does it matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599-605.
- Baker, B. L., & Blacher, J. B. (1993). Out-of-home placement for children with mental retardation: Dimensions of family involvement. *American Journal on Mental Retardation*, 98(3), 368-377.
- Bartelink, C. (2010). *Signs of safety*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C. (2011). *Ouders en kinderen betrekken bij beslissingen over hulp. De hulpverlener als brug tussen kennis en cliënt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., & Kooijman, K. (2014). *Beslissen over hulp door ouders, jeugdige én de jeugd- en gezinsgeneralist*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Blacher, J. B., & Baker, B. L. (1994). Family involvement in residential treatment of children with retardation: Is there evidence of detachment? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(3), 505-520.
- Brinkmeyer, M. Y., Eyberg, S. M., Nguyen, M. L., & Adams, R. W. (2004). Family engagement, consumer satisfaction and treatment outcome in the new era of child and adolescent in-patient psychiatric care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 553-566.
- Dickerson Mayes, S., Krecko, V. F., Calhoun, S. L., Vesell, H. P., Schuch, S., & Toole, W. R. (2001). Variables related to outcome following child psychiatric hospitalization. *General Hospital Psychiatry*, 23, 278-284.
- DoĐan, G., Van Dijke, A., & Terpstra, L. (2000). *Wie zijn er 'moeilijk bereikbaar'? Aanknopingspunten voor ondersteuning en begeleiding van 'moeilijk bereikbare' gezinnen en jongeren*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2002). Family-Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family Relations*, 51(3), 221-229.
- Gal, T., & Duramy, B. F. (2015). Enhancing capacities for child participation: Introduction. In T. Gal, & B. F. Duramy (Eds.), *International perspectives and empirical findings on child participation. From social exclusion to child-inclusive policies* (pp. 1-16). New York, NY: Oxford University Press.



- Hart, R. A. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF.
- Hart, R. A. (2008). Stepping Back from 'The Ladder': Reflections on a Model of Participatory Work with Children. In A. Reid, B. B. Jensen, J. Nikel, & V. Simovska (Eds.), *Participation and Learning. Perspectives on Education and the Environment, Health and Sustainability* (pp. 19-31). New York: Springer.
- Head, B. W. (2011). Why not ask them? Mapping and promoting youth participation. *Children and Youth Services Review*, 33(4), 541-547.
- Jager, M., Reijneveld, S. A., Metselaar, J., Knorth, E. J., & De Winter, A. F. (2014) Discrepancies between adolescents' attributed relevance and experiences regarding communication are associated with poorer client participation and learning processes in psychosocial care. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 332-338.
- Janssens, M. (2003). Zes kerncompetenties voor doelgericht hulpverleners. *SPH Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, (50), 56-60.
- Joosten, E.A.G., DeFuentesMerillas, L., Weert, G.H. de, Sensky, T., Staak, C.P.F. van der, & Jong, C.A.J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.
- Kamerstukken II 2012-2013, 33 684, nr. 3, p. 2 (MvT).
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M. J., & Breton, S. (1997). Barriers to treatment participation scale: Evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051-1062.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1990). Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: Survey of practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(3), 189-198.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), 160-172.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27-40.
- Knorth, E. J. (2003). De black box van de residentiële jeugdzorg geopend? *Kind en Adolescent*, 24(3), 153-158.

- Knorth, E. J., Van den Bergh, P. M., & Verheij, F. (2002). Professionalization and participation in child and youth care: Two sides of one coin? In E. J. Knorth, P. M. Van den Bergh & F. Verheij (Eds.), *Professionalization and participation in child and youth care* (pp. 1-23). Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited.
- Koren, P. E., & Paulson, R. I. (1997). Service coordination in children's mental health: An empirical study from the caregiver's perspective. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 5(3), 162-173.
- Kruzich, J. M., Jivanjee, P., Robinson, A., & Friesen, B. J. (2003). Family caregivers' perceptions of barriers to and supports of participation in their children's out-of-home treatment. *Psychiatric Services*, 54(11), 1513-1518.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Landsman, M. J., Groza, V., Tyler, M., & Malone, K. (2001). Outcomes of family-centered residential treatment. *Child Welfare*, 80(3), 351-379.
- Littell, J. H. (2001). Client participation and outcomes of intensive family preservation services. *Social Work Research*, 25(2), 103-113.
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Academisch Proefschrift.
- Metselaar, J., Van Yperen, T. A., Van den Bergh, P. M., & Knorth, E. J. (2015). Needs-led child and youth care: Main characteristics and evidence on outcomes. *Children and Youth Services Review*, 58, 60-70.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2014). *Factsheet Jeugdwet. Naar goede jeugdhulp die ons past*. Den Haag: Auteur.

- Molin, R. (1988). Treatment of children in foster care: Issues of collaboration. *Child Abuse & Neglect*, 12(1), 241-250.
- Molin, R., & Palmer, S. (2005). Consent and participation: Ethical issues in the treatment of children in out-of-home care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 152-157.
- Nanninga, M., Jansen, D. E. M. C., Kazdin, A. E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2015a). Psychometric properties of the Barriers to Treatment Participation Scale - Expectancies. *Psychological Assessment*, 27 (in press).
- Nanninga, M., Reijneveld, S. A., Knorth, E. J., & Jansen, D. E. M. C. (2015b). Expectations of barriers to psychosocial care: Views of parents and adolescents in the community. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, doi: 10.1007/s00787-015-0717-1.
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872-879.
- Ogles, B. M., Anderson, T., & Lunnen, K. M. (1999). Models, techniques, and therapeutic efficacy: Contradictions between professional trends and clinical research. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy* (pp. 201-225). Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in Head Start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 279-291.
- Robinson, A. D., Kruzich, J. M., Friesen, B. J., Jivanjee, P., & Pullmann, M. D. (2005). Preserving family bonds: Examining parent perspectives in the light of practice standards for out-of-home treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 632-643.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations convention on the rights of the child. *Children and Society*, 15, 107-117.
- Sinclair, R., & Grimshaw, R. (1997). Partnership with parents in planning the care of their children. *Children & Society*, 11, 231-241.



- Singh, N. N., & Curtis, J. W. (1997). Empowerment status of families whose children have serious emotional disturbance and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 5(4), 223-230.
- Swift, J.K., & Callahan, J.L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368-381.
- Tam, T. S. K., & Ho, M. K. W. (1996). Factors influencing the prospect of children returning to their parents from out-of-home care. *Child Welfare*, 75(3), 253-269.
- Ten Brummelaar, M. D. C., Gerrits, L., Post, W. J., Harder, A. T., Kalverboer, M. E., Pultrum, T. A., & Knorth, E. J. (2014). Perceptions of participation: Views of young people on the care process in a juvenile justice facility. *International Journal of Child and Family Welfare*, 15(1/2), 53-75.
- Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). *Paternalism or partnership? Family involvement in the child protection process*. London: HMSO.
- Uitvoeringsprogramma Omvormingsplan Zorg voor Jeugd (2015). *Uitvoeringsprogramma Omvormingsplan Zorg voor Jeugd Friesland 2015-2016*. Leeuwarden: Vereniging van Friese Gemeenten.
- Van Beek, F. (2002). 'Gewoon vragen wat er is en wat ze voor je kunnen doen'. *Vraaggericht werken volgens jongeren en ouders; trends in kinder en ouder kwaliteitscriteria. Deelrapport 1 van de LPJ monitor 2002*. Voorhout: WESP Onderzoek.
- Van Beek, F. (2004). *Zo willen wij het! Wat jongeren en ouders belangrijk vinden als zij hulp nodig hebben*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Van Yperen, T.A. (2010). Wat werkt in de jeugdzorg? Hoe en wat te implementeren. In H. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. (81-99). Amsterdam: SWP.
- Van Yperen, T.A., Van der Steege, M. (2010). Methodiek en hulpverlener tellen allebei. Algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken in de jeugdzorg. *Jeugd en Co Kennis*, 2, 28-37.
- Van Yperen, T. A., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C., & Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.